



Verlaufsbericht zur Aktualisierung des Dossiers bei Erwachsenen

Datum:
Zuständig:
Direktwahl:
Versicherten-Nr:

Versicherter

Beantragte Leistungen:

Fragen/Bemerkungen:

Bitte ausfüllen und innert 30 Tagen an die IV-Stelle zurücksenden.

1. Gesundheitszustand seither: stationär verschlechtert verbessert

2. Verlauf Arbeitsunfähigkeit seit dem letzten Bericht?

AUF in %	von:	bis:

3. Änderungen der Diagnosen ?

3.1 Welche haben einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ?

3.2 Seit wann und in welchem Ausmass ? (**Bitte Arbeitsunfähigkeit in Prozenten angeben.**)

4. Verlauf / veränderte Befunde:

5. Therapeutische Massnahmen / Prognose:

6. Wie hoch sind die Behandlungsfrequenz und die aktuelle Medikation?

7. Datum der letzten ärztlichen Kontrolle:

8. **Beilagen**

Wir bitten Sie, neue in der Zwischenzeit eingetroffene Berichte von Spitalern und Spezialärzten / Spezialärztinnen zuhanden unseres ärztlichen Dienstes beizulegen oder diese genau zu bezeichnen, damit wir sie selbst anfordern können.
Originalberichte werden nach Einsichtnahme zurückgesandt.

Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin